



## Regeling verplichte aanlevering minimale dataset Medisch specialistische zorg (MDS)

Regeling NR/CU 254  
Vastgesteld op 15 juli 2014

### Inhoudsopgave

Grondslag	1
Artikel 1. Reikwijdte	1
Artikel 2. Intrekking oude regeling(en)	1
Artikel 3. Inwerkingtreding en citeertitel	1
Artikel 4. Begrippen en afkortingen	1
Artikel 5. Aanlevering MDS	3
Artikel 6. Wijze van aanlevering	3
Bijlage 1: MDS regeling	4
Toelichting	6

### Grondslag

Gelet op de artikelen 36 en 62 juncto 68 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de volgende regeling vast.

#### Artikel 1. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op

- instellingen voor medisch specialistische zorg (met uitzondering van sanatoria, abortusklinieken en zorgaanbieders die curatieve geestelijke gezondheidszorg leveren);
- audiologische centra;
- centra voor erfelijkheidsonderzoek;
- mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden;
- instellingen die geriatrische revalidatiezorg (GRZ) leveren.

#### Artikel 2. Intrekking oude regeling(en)

De regeling 'Regeling verplichte aanlevering minimale dataset medisch specialistische zorg (MDS)' met kenmerk NR/CU-234, wordt ingetrokken.

#### Artikel 3. Inwerkingtreding en citeertitel

Deze regeling treedt in werking op 1 januari 2015.

Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), zal deze regeling ten minste twee dagen vóór de datum van inwerkingtreding in de Staatscourant worden gepubliceerd.

Deze regeling kan worden aangehaald als 'Regeling verplichte aanlevering minimale dataset medisch specialistische zorg (MDS)'.

#### Artikel 4. Begrippen en afkortingen

In deze regeling worden de volgende begrippen en afkortingen gebruikt.

##### 4.1 Add-on

Een add-ons is een overig zorgproduct, uitgedrukt in zorgactiviteiten, behorend bij een DBC-zorgproduct (aanhaakprestatie). Alleen zorg op de Intensive Care (IC) en een limitatief aantal dure en weesgeneesmiddelen zijn gedefinieerd als een add-on. Add-ons vallen onder de categorie 'Supplementaire producten'.

##### 4.2 DBC

Een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) is een declarabele prestatie, die het resultaat is van (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Vanaf 1 januari 2012 worden zorgprestaties uitgedrukt in DBC-zorgproducten.



#### 4.3 DBC informatiesysteem (DIS)

Het DBC informatiesysteem (DIS) ontvangt en beheert informatie over DBC-zorgproducten en overige zorgproducten, waaronder de informatie die op grond van deze regeling moet worden aangeleverd.

#### 4.4 DBC-zorgproduct

Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie die is afgeleid uit een subtraject met zorgactiviteiten via de beslisbomen. Een subtraject leidt in combinatie met de geleverde zorgactiviteiten tot een declarabel DBC-zorgproduct als het voldoet aan de voorwaarden van de beslisbomen.

#### 4.5 Declaratiedataset

De verzameling gegevens die nodig is om één of meerdere declarabele prestaties af te leiden in de grouper.

#### 4.6 Hoofddiagnose ICD-10

De hoofddiagnose ICD-10 is de ziekte of aandoening die aan het einde van een subtraject hoofdzakelijk verantwoordelijk is voor de behoefte van de patiënt aan behandeling of onderzoek.

#### 4.7 ICD-10

De tiende editie van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). De ICD-10 is het internationaal gestandaardiseerde classificatiesysteem van diagnoses waarmee de zorgaanbieder alle ziektebeelden en diagnoses van patiënten eenduidig kan registreren.

#### 4.8 Instelling

Instelling als bedoeld in artikel 1.2, aanhef en onder:

- 1 (instelling voor medisch specialistische zorg)<sup>1</sup>;
- 2 (audiologische centra);
- 3 (trombosediensten);
- 13 (instelling voor erfelijkheidsadviesing);
- 18 (instellingen voor verpleging), voor zover zij geriatrische revalidatiezorg leveren, van het Uitvoeringsbesluit WTZi.

#### 4.9 Integraal tarief

Tarief waarin alle vergoedingen zijn opgenomen voor kosten die een zorgverlener in rekening mag brengen in verband met het leveren van een prestatie.

#### 4.10 Minimale Dataset (MDS)

De in bijlage 1 bij deze regeling gespecificeerde gegevens.

#### 4.11 Module medisch specialistische revalidatie

Geheel van op elkaar afgestemde activiteiten van een of meerdere behandel disciplines gericht op een specifiek behandeldoel.

#### 4.12 Onderlinge dienstverlening

Overeenkomst tussen twee of meer zorgaanbieders die betrekking heeft op het leveren van zorg aan een patiënt tegen een onderling overeen te komen tarief, waarbij een van de zorgaanbieders optreedt als eigen zorgverlener voor de patiënt en uitsluitend deze eigen zorgverlener gerechtigd is om, voor de in het kader van die overeenkomst geleverde zorg als (onderdeel van een) prestatie, een tarief bij de zorgverzekeraar of de patiënt in rekening te brengen.

#### 4.13 Overig zorgproduct (OZP)

Een prestatie binnen de medisch specialistische zorg, niet zijnde een DBC-zorgproduct. Overige zorgproducten zijn per 2013 onderverdeeld in vier hoofdcategorieën, te weten supplementaire producten, eerstelijnsdiagnostiek (ELD), paramedische behandeling en onderzoek, en overige verrichtingen.

#### 4.14 Solist

Solistisch werkende zorgaanbieder die, anders dan in dienst of onmiddellijk of middellijk in opdracht van een andere zorgaanbieder, zelfstandig beroepsmatig medisch specialistische zorg verleent.

#### 4.15 Zorgaanbieder

Natuurlijk persoon of rechtspersoon als bedoeld in artikel 1, aanhef en onderdeel c, van de Wmg.

#### 4.16 Zorgproduct

Een aanduiding van prestaties binnen de medisch specialistische zorg. Zorgproducten zijn onderverdeeld in DBC-zorgproducten en overige zorgproducten.

#### 4.17 Zorgverlener

Instelling of solist.

Het begrip 'zorgverlener' is in deze betekenis geïntroduceerd om te voorkomen dat steeds de opsomming 'instelling en solist' moet worden gebruikt (m.n. in het kader van het declaratierecht van belang).

<sup>1</sup> In het kader van deze regeling worden hieronder verstaan: (algemene en categorale) ziekenhuizen, universitaire medische centra, zelfstandige behandelcentra, epilepsie instellingen, instellingen voor revalidatie, radiotherapeutische centra, longrevalidatie-instellingen (sanatoria), dialysecentra en (huisartsen)laboratoria voor zover deze werkzaamheden verrichten ten behoeve van de in dit artikel genoemde instellingen.



---

## **Artikel 5. Aanlevering MDS**

- 5.1. De zorgverlener is verplicht om voor de eerste dag van elke kalendermaand (m) van alle aan de patiënt of de zorgverzekeraar gedeclareerde DBC-zorgproducten en overige zorgproducten, welke worden gerekend tot de omzet van de kalendermaand (m-2), per zorgproduct de Minimale Dataset (MDS) aan te leveren.<sup>2</sup>
- 5.2. De zorgverlener levert de in de voorgaande bepaling bedoelde gegevens elektronisch aan bij het DBC Informatiesysteem (DIS) en past daarbij de op de website van de NZa gepubliceerde 'aanleverstandaard DIS' toe.
- 5.3. De zorgverlener dient mutaties en aanvullingen op de al aangeleverde MDS-informatie van productie afgesloten in JAAR[x-1] uiterlijk voor 1 oktober van JAAR[x] aan te leveren bij DIS.

## **Artikel 6. Wijze van aanlevering**

- 6.1 Gegevensaanlevering bij DIS kan uitsluitend via de door DIS gespecificeerde methode en wordt voorzien van een technische controle door DIS.
- 6.2 Na deze technische toetsing volgt een inhoudelijke beoordeling door het DIS. Indien hieruit naar voren komt dat de kwaliteit van de gegevensaanlevering onvoldoende is, zal de NZa haar handhavingsbevoegdheden inzetten.

*de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,  
M.A. Ruys  
voorzitter Raad van Bestuur a.i.*

---

<sup>2</sup> De in bijlage 1 bij deze regeling gespecificeerde gegevens MDS.



## BIJLAGE 1: MDS REGELING

### A. Identificatie zorgaanbieder

1. Declarerende zorgverlener
2. Zorgverlener volgnr DIS

### B. Identificatie patiënt

1. Pseudo-identiteit BSN patiënt
2. Pseudo-identiteit tbv CBS-data
3. Pseudo-identiteit naam patiënt
4. Geboortjaar
5. Landcode
6. Postcode
7. Identificatie zorgverzekeraar (conform UZOVI-register)

### C. Productie per patiënt

#### *DBC-Zorgproduct*

1. Begindatum Zorgtraject
2. Begindatum Subtraject
3. Einddatum Subtraject
4. Behandelend specialismecode
5. Zorgtypecode
6. Zorgvraagcode
7. Typerende diagnosecode
8. Zorgproductcode
9. Declaratiecode
10. Afsluitreden
11. ZA met machtiging in profiel
12. Code (zelf)verwijzer
13. Verwijzende zorgverlener
14. Verwijzend specialisme
15. ICD-10 code
16. Gedeclareerd bedrag

#### *Geleverd zorgprofiel*

18. Zorgactiviteitcode
19. Uitvoerdatum zorgactiviteit
20. Aantal
21. Uitvoerende Specialismecode
22. Uitvoerende zorgverlener
23. Modulecode medisch specialistische revalidatie

#### *Overig zorgproduct*

23. Declaratiecode
24. Verrichtingendatum
25. Aantal
26. Uitvoerende specialismecode
27. Uitvoerende zorgverlener
28. Aanvragende Specialismecode
29. Aanvragende zorgverlener
30. Informatie kaakchirurgie (factor, soort behandeling, toeslag assistentie, nacht- en of weekendtoeslag)
31. Gedeclareerd bedrag

### D. Data ivm technische noodzakelijkheid

1. Koppelnummer
2. Zorgtrajectnummer
3. Zorgtrajectnummer parent
4. Subtrajectnummer



5. Indicatie vervallen
6. Declaratiedatasetnummer
7. ZPZA Hashtotal DIS
8. ZPZA Hashversie DIS
9. Certificaatversie hash
10. Uitgevoerde verrichtingnummer
11. Uitgevoerde zorgactiviteitnummer
12. Hoofdtraject indicatie

### Toelichting op uitvraag mds

Doordat de MDS-data in verschillende databestanden wordt aangeleverd aan het DIS is het noodzakelijk dat er in de MDS-regeling ook diverse technisch noodzakelijke data verplicht wordt aangeleverd. Binnen de MDS-regeling zijn deze ingedeeld in groep 'D – data ivm technische noodzakelijkheid'. Hieronder volgt een toelichting op de betreffende data;

Uitvraag	Omschrijving uitvraag	Toelichting
B 1	Pseudo-identiteit BSN patiënt	Betreft uitvraag op 'Burger Service Nummer' welke geanonimiseerd wordt.
B 2	Pseudo-identiteit tbv CBS-data	Noodzakelijk ivm bevolkingstatistiek (gedetailleerde uitvraag bestaat uit de onderdelen geslacht, geb.jaar, landcode, postcode).
B 6	Postcode	Alleen verplicht indien landcode 'Nederland' is. Het gaat om slechts de vier cijfers.
C 6	Zorgvraagcode	Alleen verplicht als het betreffende AGB-specialisme een zorgvraagcode registreert.
C 11	ZA met machtiging in profiel	Is nodig als onderdeel van de hash en is al informatieverplichting op nota
C 13	Verwijzende zorgverlener	Alleen verplicht bij bepaalde soorten 'code (zelf)verwijzer'
C 14	Verwijzend specialisme	Alleen verplicht bij bepaalde soorten 'code (zelf)verwijzer'
D 1	Koppelnummer	Het unieke nummer waarmee patiëntgegevens gekoppeld kunnen worden aan data omtrent 'zorgtrajecten' of data omtrent 'gedeclareerde overige zorgproducten'.
D 2	Zorgtrajectnummer	Uniek nummer waarmee subtrajectdata gekoppeld kan worden aan zorgtrajectdata.
D 3	Zorgtrajectnummer parent	Het unieke nummer waarmee een zorgtraject met zorgtype 51 gekoppeld kan worden aan een zorgtraject met zorgtype 11 of 21.
D 4	Subtrajectnummer	Het unieke nummer waardoor subtrajectdata gekoppeld kan worden aan zorgprofieldata.
D 5	Indicatie vervallen	Noodzakelijk voor bepaling verwijderingen bij incrementele uitlevering.
D 6	Declaratiedatasetnummer	Verwijst naar het nummer van de declaratiedataset entiteit en is noodzakelijk om alle gegevens die bij een declaratie horen aan elkaar te koppelen.
D 7	ZPZA Hashtotal DIS	Nodig om de hash te kunnen controleren. Om te controleren dat het geldig door een grouper is afgeleid en dat daar daarnaast niets aan gewijzigd is. Staat ook in de notaverplichting. Zegt iets over kwaliteit van de dataset.
D 8	ZPZA Hashversie DIS	Nodig om de hash te kunnen controleren. Om te controleren dat het geldig door een grouper is afgeleid en dat daar daarnaast niets aan gewijzigd is. Staat ook in de notaverplichting. Zegt iets over kwaliteit van de dataset.
D 9	Certificaatversie hash	Nodig om de hash te kunnen controleren. Om te controleren dat het geldig door een grouper is afgeleid en dat daar daarnaast niets aan gewijzigd is. Staat ook in de notaverplichting. Zegt iets over kwaliteit van de dataset.
D 10	Uitgevoerde Verrichtingnummer	Een technisch nummer welke noodzakelijk is om elk overig zorgproduct uniek te onderscheiden.
D 11	Uitgevoerde Zorgactiviteitnummer	Een technisch nummer welke noodzakelijk is om elke zorgactiviteit uniek te onderscheiden.
D 12	Hoofdtraject indicatie	Noodzakelijk om aan te geven welk traject het hoofdtraject is. Dit is met name van belang bij zorgtrajecten met zorgtype 51.



---

## TOELICHTING

### **Algemeen**

Voor het functioneren en de doorontwikkeling van de DBC-systematiek en voor de uitvoering van haar (overige) wettelijke taken, heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) betrouwbare, volledige en tijdige informatie gegevens nodig over de gedeclareerde DBC- en overige zorgproducten. Daarom moet de zorgverlener die declareert in DBC- en overige zorgproducten zoals bedoeld in de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' van elk gedeclareerd zorgproduct bepaalde gegevens (de zogenoemde minimale dataset, MDS) verstrekken. De minimale dataset (MDS) is in samenspraak met het veld ontwikkeld. De MDS levering moet alle gedeclareerde DBC-zorgproducten en overige zorgproducten omvatten die zijn afgesloten en gedeclareerd in maand (m-2).

Voor de feitelijke afhandeling van de ontvangst van de gegevens heeft de NZa het DBC-informatiesysteem (DIS) aangewezen. De technische specificaties van de MDS zijn uitgewerkt in de aanleverstandaard (GA) van het DIS en de begeleidende documentatie. Dit document is beschikbaar op [www.dbcinformatiesysteem.nl](http://www.dbcinformatiesysteem.nl) en de website van de NZa.

### ***Belang van MDS***

De MDS-gegevens zijn nodig voor het onderhoud van prestatiebeschrijvingen en tarieven, de monitoring van marktontwikkelingen en om de minister te kunnen adviseren. Op grond van de Wmg is de NZa echter niet beperkt in het gebruik van de dataset.

### ***Datakwaliteit***

De kwaliteit van de data is de verantwoordelijkheid van de zorgverlener. Vanwege het belang van de MDS data richt DIS kwaliteitsprocessen in waarmee de zorgverlener inzicht krijgt in de kwaliteit van de MDS-leveringen en deze daadwerkelijk kan verbeteren. Wanneer na herhaalde signalen geen verbetering in de kwaliteit van de MDS-leveringen optreedt, kan de NZa haar handhavingsbevoegdheden inzetten.

### ***Handhaving***

Vanwege het belang van de MDS handhaaft de NZa de MDS-aanleververplichting op grond van haar bevoegdheden uit de Wmg. Wanneer de NZa vaststelt dat een zorgverlener niet (geheel) heeft voldaan aan zijn/haar verplichting zal een handhavingprocedure gestart worden. Deze procedure bestaat uit een aantal stappen met daarin helder geformuleerde termijnen welke uiteindelijk, bij het uitblijven van een adequate gegevenslevering, kunnen resulteren in het opleggen van een last onder dwangsom en/of een boete.

### ***Overige zorgproducten***

Voor een aantal zorgprestaties binnen de curatieve zorg is (nog) geen DBC-zorgproduct vastgesteld terwijl er wel sprake is van een declarabel product. Ook is het mogelijk dat zorgactiviteiten separaat gedeclareerd worden aan de patiënt of diens zorgverzekeraar bijvoorbeeld op verzoek van de eerste lijn. Deze prestaties worden overige zorgproducten genoemd en dienen ook aangeleverd te worden aan DIS. Deze zijn dus geen onderdeel van een DBC-zorgproduct profiel van een patiënt. Hieronder vallen ook de overige zorgproducten die gedeclareerd worden door kaakchirurgen.

### ***Onderlinge dienstverlening***

Wanneer trajecten of zorgactiviteiten gedeclareerd worden aan een andere zorgverlener in het kader van onderlinge dienstverlening, moeten deze niet als losse verrichtingen worden aangeleverd aan DIS. De hoofdbehandelaar koppelt deze zorgactiviteiten aan het subtraject (DBC-zorgproduct) voor de patiënt, zodat hier een volledig beeld van de aan de patiënt geleverde zorg ontstaat.

In geval van onderlinge dienstverlening geeft de MDS een vertekend beeld, van de productie van een hoofdbehandelaar. Dit wordt veroorzaakt doordat de hoofdbehandelaar bij onderlinge dienstverlening ook verrichtingen vastlegt die hij niet zelf heeft uitgevoerd. Door bij de zorgactiviteiten die in het kader van onderlinge dienstverlening zijn uitgevoerd aan te geven welke zorgverlener de uitvoerder is, kunnen gebruikers van de MDS toch een zuiver inzicht krijgen in de geleverde zorg van individuele zorgverleners.



### **Locatiecode**

Zorgverleners kunnen meerdere locaties hebben die soms ver uit elkaar liggen. Verder is bekend dat veel zorgverleners werken aan specialisatie op de diverse locaties. Beide feiten maken dat het voor monitoranalyses van de NZa (reistijden en beschikbaarheidsanalyses) en ook voor fusiezaken en marktafbakeningen door de NZa van belang is te weten waar welke zorg wordt uitgevoerd. Omdat de postcode van alleen de hoofdvestiging hierbij niet voldoende is, is de locatiecode van een optioneel veld veranderd in een verplicht veld.

### **Vertrouwelijkheid, privacy en mededingingsaspecten**

De MDS bevat informatie met een vertrouwelijk karakter. Daarom wordt de MDS via een technische versleuteling ontdaan van kenmerken die herleiding naar de persoon mogelijk maken. Ook bevat de MDS productiegegevens die, afhankelijk van het aggregatieniveau en de wijze waarop ze gepresenteerd worden, als bedrijfsvertrouwelijk kunnen worden aangemerkt. DIS en de NZa hanteren daarom zorgvuldige procedures bij ontvangst, verwerking en eventuele doorlevering van de MDS-gegevens.

De Autoriteit Consument en Markt (ACM) heeft het kader voor uitwisseling van gegevens uitgewerkt in de 'Richtsnoeren samenwerking ondernemingen', die te vinden is op de website van de ACM. Per informatieverzoek moet bekeken worden of er sprake is van gevoelige informatie. De beoordeling is in eerste instantie aan de verzoekende partijen en in tweede instantie (mochten discussies ontstaan) aan de ACM. DIS is bekend met deze richtsnoeren en zal verzoekers in voorkomende gevallen hierover informeren.

### **ICD-10 code**

Bij subtrajecten geopend vanaf 1 januari 2015 dient de ICD-10 code vermeld te worden. De diagnose wordt vermeld per subtraject. De ICD-10 code moet op het diepste niveau worden vermeld.<sup>3</sup> Alleen voor de DBC-zorgproducten (voor de hoofddiagnose) wordt de ICD-10 code vermeld. De hoofddiagnose is de ziekte of aandoening die aan het einde van een subtraject hoofdzakelijk verantwoordelijk is voor de behoefte van de patiënt aan behandeling of onderzoek. In de aanleverstandaard DIS is de ICD-10 code opgenomen in punt C15 in bijlage 1.

### **Integrale tarieven**

Met de invoering van het integrale tarief komt het onderscheid tussen het instellingskostendeel en het specialistenhonorariumdeel op de declaratie te vervallen. Het integrale tarief bevat de vergoeding voor zowel de instellingskosten als het honorarium van de vrijgevestigd medisch specialisten. Per 2015 is daarmee het honorariumdeel een niet meer apart geormerkt onderdeel van het integrale tarief. In de aanleverstandaard DIS is het onderscheid tussen de honorariumkosten en de ziekenhuis-kosten vervangen door 'gedeclareerd bedrag', zoals opgenomen in punt C16 en C31 in bijlage 1.

### **Modules medisch specialistische revalidatie**

In het kader van de doorontwikkeling van de productstructuur voor de medisch specialistische revalidatiezorg worden registratie modules ontwikkeld. Deze modules dienen met ingang van 2015 naast de huidige zorgactiviteiten en DBC-zorgproducten te worden geregistreerd en aangeleverd aan het DIS. Met ingang van 1 januari 2015 starten de instellingen met de registratie van deze modules naast de huidige registratie. Per 1 juli 2015 wordt de module registratie en aanlevering aan het DIS verplicht gesteld voor alle instellingen die medisch specialistische revalidatiezorg leveren.

<sup>3</sup> De ICD-10 code is alfanumeriek en opgebouwd uit 3 tot 5 posities, exclusief leestekens zoals punt, slash, asterisk en plusteken (dagger).